



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

2018-02-28

Firouzeh Kamali

Verksamhetschef

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	4
Uppföljning genom egenkontroll	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Riskanalys	5
Informationssäkerhet	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Hantering av klagomål och synpunkter	6
Samverkan med patienter och närstående	6
Sammanställning och analys	6
Resultat	7
Övergripande mål och strategier för kommande år	7

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Sammanfattning

Hässelgårdens Vård- och omsorgsboendet har idag totalt 36 lägenheter med heldygnsoomsorg fördelat med fyra avdelningar för personer med demenssjukdom. Vi stängde en avdelning med 9 boende på grund av brist på behovet sedan september 2017.

Norlandia Care KOSMO AB driver Hässelgårdens vård- och omsorgsboende sedan 1 mars 2012 genom ett entreprenadavtal med Hässelby- Vällingby Stadsdelsförvaltning.

Vi har under året arbetat för att få ett gemensamt arbetssätt och gemensamma rutiner på de olika enheterna både på Hässelgården och på enheterna runt om i Stockholm. Rutinerna kommer från Norlandias ledningssystem, i vissa fall har lokala justeringar skett. Alla HSL rutiner uppdateras och läggs i våra gemensamma ledningssystemet, TQM under 2017.

Egenkontroller har utförts med hjälp av Norlandia interna MAS. Då det har varit omorganisation har fokus legat på att skapa nya effektiva sätt för egenkontroll. Arbetet med Norlandias årshjul med regelbundna aktiviteter för att stärka patientsäkerheten har även fortsatt. Även implementeringen av egenkontroller har fortsatt och utvecklats. Samtliga befintliga rutiner genomgick årlig revidering löpande under året och kompletterades med fler rutiner för att stärka patientsäkerheten.

Riskerna för vårdskador identifieras genom att personal skriver avvikelser. Detta tas sedan upp arbetsplatsmöte och vidare till HSL möte samt ledningsgruppsmöte. När bedömning visar risker för fall, trycksår och/eller malnutrition behandlas och hanteras dessa risker vid omvårdnadskonferenser på respektive avdelningar var 6 veckor där alla yrkeskategorier deltar. Identifieras en risk ska den alltid leda till en vårdplan som ska vara känd och tillgänglig för omsorgspersonalen.

Alla avvikelser kommer till verksamhetschef och informationen lämnas till all personal via APT, HSL möte, ledningsgruppsmöte och teamledarmöte.

Klagomål från närstående hanteras direkt av verksamhetschefen och enhetschefen. Beroende på vad klagomålet berör tas det vidare till ledningsgrupp, APT, individuellt samtal etc. Vid behov kopplas MAS in för eventuella Lex Sarah och Lex Maria.

Externa och interna kontroller visade att verksamheten hade utvecklat sitt arbete med händelser betydligt, hade en väl fungerande läkemedelshantering och bedömdes övergripande som ett fint äldreboende med god ordning och reda, bra boendefokus och kvalitets- och miljöengagemang.

Resultatet på alla åtgärden är mindre trycksår och undernärld och klagomål från anhöriga. Enligt senaste Socialstyrelsens brukarundersökning är boendena mycket nöjda med att få träffa sjuksköterska och övriga personalen vid behov (tillgänglighet) samt att dem känner sig trygga här på Hässelgården.

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §

Det övergripande målet för vårt patientsäkerhetsarbete på Hässelgården är att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet inom hälso- och sjukvård. Detta görs genom fungerande kvalitetsarbete genom Norlandia kvalitetsgrupper. På grund av omorganisationen förra året och omplacering på personal kunde vi inte jobba effektivt med kvalitetsgrupperna men vi har ständigt jobbat med förbättringsförslag och bearbeta förslag till nya rutiner.

ICF på enheten och dokumentation i vodok har HSL gruppen jobba med ständig under året.

Analysera svaren från anhörigenkäten och utarbeta en handlingsplan därefter. Handlingsplanen handlade om bättre kommunikation mellan personal och anhöriga.

Registrering i Palliativa registret, Senior alert och BPSD-registret.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659, 3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget.

Kvalitetschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

Regionchef har ansvaret i region Stockholm för att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet. Likaså säkra verksamhetschefens kompetens. Regionchefen ansvarar för att vid behov vidta kvalitets åtgärder.

MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet.

MAS utarbetar och beslutar om riktlinjer och följer upp att de efterlevs. När kommunen ansvarar för MAS funktion följs kommunens riktlinjer. MAS upprättar och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården. MAS arbetar fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. (SFS 2010:659 6 kap. 4 §)

Hälso- och sjukvårdspersonalen har ansvar för att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns.

Centrala kvalitetsteamet som leds av Norlandias kvalitetschef som ansvar för att ledningssystemet är uppbyggt centralt och är aktuellt efter gällande regler och lagstiftning.

Kvalitetsteamet ansvarar för vidareutveckling och uppdatering av våra styrdokument och riktlinjer och bistår verksamheterna med rådgivning och vägledning i kvalitetsfrågor. Vårt kvalitetsarbete utgår från de processer som finns i verksamheten, s.k. processledning.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

I Norlandias ledningssystem finns anvisningar om hur bedömda risker och avvikelser som vårdskador ska följas upp.

Riskerna för vårdskador identifieras genom bedömningsinstrument i den legitimerade personalens dokumentationssystem (VODOK). När bedömning visar risker för fall, trycksår och/eller malnutrition behandlas och hanteras dessa risker vid omvårdnadskonferens var sjätte vecka på respektive avdelning. Identifieras en risk ska den alltid leda till en vårdplan med mål som ska vara känd och tillgänglig för omsorgspersonalen. Utvärdering och uppföljning av planerna sker regelbundet och vid behov.

Alla medarbetare har kunskap om hur Norlandias rutiner för rapportering av avvikelser sker samt har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. Verksamhetschefen får samtliga avvikelser som åtgärdas genom att tas upp i lokala ledningsgruppen, APT och kvalitetsteamet. Om en avvikelse bedöms allvarlig rapporterar verksamhetschef till MAS och/eller regionchef.

Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående på APT, närståendemöte, avdelningemöte och andra relevanta forum.

Vid allvarligare händelser utreds denna i enlighet med Lex Maria eller Lex Sarah. Norlandias MAS/kvalitetsutvecklare för regionen granskar händelsen och beslutar om händelsen är så pass allvarlig att utredningen skall skickas till Inspektion för vård och omsorg, IVO.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under 2017 har implementeringen av Norlandias ledningssystem, som startades upp under 2016, fortsatt med tillhörande riktlinjer och rutiner gällande patientsäkerhetsarbetet. Detta har inkluderat fortsatt implementering av Norlandias årshjul som schemalägger aktiviteter och nyckeltal gällande bl.a. kvalitet utöver året som stärker patientsäkerheten.

Löpande under året har samtliga lokala rutiner genomgått en årlig revidering för att hålla dem uppdaterade med korrekt information samt utvecklas för att göra dem ännu tydligare. För att säkra upp patientsäkerheten upprättades även ett par nya lokala rutiner, bl.a. samverkarutiner, åtgärder vid fallolyckor, livsmedelshantering, checklista för palliativ vård, akutbuffertförråd, avfallshantering, läkemedelshantering, skydds- och begränsadsåtgärder.

Under året har vi arbetat med att registrera så mycket som möjligt avvikelser och att få samtliga medarbetare att se avvikelser som ett led i utvecklings-, kvalitets- och säkerhetsarbetet. Alla händelser registreras i TQM och hanteras professionellt.

MAS har genomfört systematisk uppföljning av de avvikelser som inkommit och återkopplat till verksamhetschefen för uppföljning av vidtagna åtgärder.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

I Norlandias ledningssystem finns anvisningar över de egenkontroller som verksamheten skall utföra regelbundet för att styrka upp patientsäkerhetsarbetet. Egenkontroller följs upp med hjälp av **Norlandias årshjul och månadsuppföljning som:**

Avvikelser och händelser

- antal fallhändelser registreras månadsvis HSL gruppen
- antal läkemedelsrelaterade händelser registreras månadsvis HSL gruppen
- genomförd sammanställning och analys för att identifiera bakomliggande orsaker följs upp av verksamhetschef tillsammans med HSL gruppen på HSL möte.

Basal hygien

- antal genomförda webbutbildningar registreras månadsvis av verksamhetschef (skall ske årligen för all personal)
- antal självskattning registreras av verksamhetschefen

-
- sammanställning och analys sker därefter i HSL-grupp
 - hygienrond skall ske årligen enligt årshjul

Begränsningsåtgärder

- antal begränsningsåtgärder (larm, grindar m.m.) registreras av sjuksköterskor månadsvis

Brandskyddsarbete

antal genomförda säkerhetskontroller gällande brandsäkerheten registreras månadsvis av brand ombudet.

Delegeringar

- antal aktuella läkemedelsdelegeringar, insulindelegeringar, övriga delegeringar samt indragna delegeringar registreras av sjuksköterskor månadsvis

Dokumentation

- antal granskade SoL-journalerna registreras månadsvis av enhetschefen
- antal granskade HSL-journalerna registreras månadsvis av verksamhetschef
- antalet aktuella genomförandeplaner registreras månadsvis av enhetschef

Infektioner och Antibiotika

- antalet antibiotikabehandlade infektioner registreras månadsvis av sjuksköterskor
- HALT-mätning i Senior Alert angående vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning genomförs årligen av sjuksköterskor

Kvalitetsregister

- antal registreringar i Senior Alert och Palliativa registret registreras månadsvis av sjuksköterskor
- antal registreringar i BPSD månadsvis av sjuksköterskor

Läkemedelshantering

- utförda narkotikakontroller registreras månadsvis av sjuksköterskor
- antalet läkemedelsgenomgångar registreras månadsvis av sjuksköterskor

Medicintekniska Produkter (MTP)

- MTP sammanställas, kalibreras och besiktigas årligen och rapporteras i nyckeltal av arbetsterapeut/sjuksköterskor

Nattfasta

-
- antal registreringar av boendes nattfasta registreras av sjuksköterskor tre gånger per år.

Trycksår

- antalet trycksår och övriga sår registreras månadsvis av sjuksköterskor
- PPM mätning i Senior Alert gällande trycksår genomförs årligen av sjuksköterskor

Intern revision

Årligen genomgår verksamheten intern ISO-revision (ISO 14001:2004 och ISO 9001:2008) utav MAS / kvalitetsutvecklare för att säkerställa verksamhetens följsamhet med ledningssystem med tanke på kvalitet- och miljöarbete.

Egenkontroller på uppdrag av uppdragsgivare

Verksamhetsuppföljning en gång om året av Hässelby-Vällingby stadsförvaltning.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3

Intern samverkan

På Hässelgården vård- och omsorgsboende samverkar sjuksköterska, paramedicinsk personal samt omsorgspersonal dagligen och genom boendegenomgång en gång i veckan på respektive avdelning. Där diskuteras våra boendes hälsotillstånd och övriga aspekter. HSL-personalen träffas månadsvis på separat arbetsplatsträff för HSL-grupp där samverkan över det dagliga arbetet och rutiner sker.

Omvårdnadskonferens sker var sjätte vecka för att få en struktur och kontinuerlig planering och uppföljning av boendes hälsotillstånd.

Olika yrkesgrupper deltar för att ta vara på den boendes enskilda resurser och vilja.

Läkarorganisation

På Hässelgården vård- och omsorgsboende ansvarar Legevisitten för läkarinsatserna. En lokal samverkansöverenskommelse mellan Legevisitten och Hässelby-Vällingby stadsförvaltning angående Hässelgården vård- och omsorgsboende finns. Läkare finns på plats i verksamheten en dag i veckan och ansvarig läkare finns tillgänglig över telefon övriga dagar och jourläkare finns tillgänglig övriga tider.

Samverkansmöten sker regelbundet under året, minst fyra gånger per år.

Sjukhus

Sjuksköterskan ansvarar för att ansvarig läkare alltid kontaktas för bedömning om boende behöver skickas till sjukhus. Sjuksköterskan ansvarar även för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information. Om den boende har pågående behandlingsinsatser av sjukgymnast/arbetsterapeut och bedömning gjorts att fortsätta behandlingsåtgärder krävs, ansvarar de för att ge den mottagande vårdenheten relevant information.

När en boende skickas till sjukhus tas alltid telefonkontakt med närstående och medarbetare som känner boende följer med och lämnar uppgifter om namn och fullständiga personuppgifter.

Vid utskrivning från sjukhus kontrollerar sjuksköterskan att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnadsmissiga och rehabiliterande insatser som boende erhållit.

Vårdhygien

Hässelgården vård- och omsorgsboende har avtal med Vårdhygien för att säkerställa en god hygienisk standard på boendet. Via vårdhygien har vi tillgång till utbildning, hygienronder och även experthjälp vid utbrott av eventuell smitta.

Apoteket

Gällande läkemedelshanteringen har Hässelgården vård- och omsorgsboende ett samarbete med Apoteket.

SSK Nattpatrull

Omsorgspersonalen har tät kontakt med sjuksköterska som är på plats mellan 08-21 varje dag. Sedan mars 2017 har vi sjuksköterska från företaget Care team mellan kl. 21 på kvällen till kl. 08 nästa dag. Personalen kontakter sjuksköterskan då behov uppstår hos de boende. Vid behov kan jourläkare kallas till boendet.

Uppdragsgivare

Hässelgården vård- och omsorgsboende drivs genom ett entreprenadavtal med Hässelby-Vällingby Stadsdelsförvaltning. Vi har ett kontinuerligt samarbete med stadsdelen. Årliga avtalsuppföljningar sker och under övriga tiden av året har vi regelbundna träffar där vi diskuterar arbetet inom verksamheten.

Tandvård

Flexident Mobila Tandvård genomför munhälsobedömningar fyra gånger per år för att upptäcka munhälsoproblem hos boenden samt erbjuda behandlingen på plats. Det går även att boka tid snabbt och enkelt när behovet uppstår.

Intertek

Norlandia anlitar Intertek för extern ISO-revision (ISO 14001:2004 och ISO 9001:2008) som i sin tur besök slumpmässigt utvalda verksamheter årligen för att granska verksamhetens följsamhet med ledningssystem med tanke på kvalitet- och miljöarbete.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Extraordinära händelser

Norlandia har en central framtagen kris- och beredskapsplan, likaså har Hässelgården vård- och omsorgsboende upprättat en riskanalys och en handlingsplan för extraordinära händelser. Dessa är framtagna för att ledning och samtliga anställda ska vara beredd på nödsituationer, arbeta för att förebygga dessa i den mån det går och veta hur de skall agera om kris inträffar. Oavsett vilken kris som inträffar ska samtliga boenden omhändertas på bästa sätt.

Riskbedömningar enskild boende

På Hässelgården vård- och omsorgsboende utförs riskanalyser kring varje boende för att upptäcka risker som kan leda till att dennes skadas. Riskanalyserna leder till konkreta åtgärder som eliminerar eller minimerar identifierade risker.

I anslutning till inflyttning träffar arbetsterapeut den inflyttade och gör en första bedömning om förflyttningsförmåga och behov av hjälpmedel för att förebygga risker. Tjänstgörande sjuksköterska utför även en första bedömning av den boendes status omgående för att upptäcka eventuella risker för den boende. Bedömningar dokumenteras i journalsystem VODOK med hälsoplaner om risker upptäcks.

Vidare utför omvårdnadsansvarig sjuksköterska riskbedömning för utvecklande av trycksår, nutritionsproblem, munhälsa och fall inom fjorton dagar efter inflyttning. Inkontinensutredning påbörjas även inom fjorton dagar efter inflyttning.

Dessa riskbedömningar upprepas och följs upp regelbundet och vid behov under den boendes vistelsetid på Hässelgården vård- och omsorgsboende.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

På Hässelgården vård- och omsorgsboende sker all informationsöverföring gällande personuppgifter med försiktighet. Sedan tidigare lämnas aldrig personuppgifter ut i mail eller telefonmeddelanden utan tas enbart vid muntlig överrapportering externt. Internt lämnas inga fullständiga personuppgifter synliga för obehöriga att ta del av utan all information förvaras i låst dokumentationsrum.

För att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk så sker en systematisk loggkontroll månadsvis i HSL-journalen.

Egenkontroller gällande innehållet i både HSL- och SoL journal utförs även, se ovan under egenkontroller.

Under 2017 har diskussioner angående införandet av GDPR under 2018 redan börjat planeras för att säkra upp informationssäkerheten ytterligare, men fler åtgärder kommer under 2018.

Personal har läsrapport men tjänstgörande sjuksköterska och arbetsterapeut förmedlar även muntliga information muntligen till personalen dagligen. Planeringsblad på avdelningarna har även införts under 2017 för att säkerställa rapport, på denna står dock inga personuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

All hälso- och sjukvårdspersonal är ansvarig för att rapportera avvikelser och risker i vården enligt gällande riktlinjer, och omsorgspersonalen ska omedelbart anmäla till ansvarig sjuksköterska om den boende i samband med hälso- och sjukvård skadats eller utsatts för risk att skadas. Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att bedöma och handlägga eventuella avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen och samråda med verksamhetschef om hanterandet av avvikelser.

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i Norlandias ledningssystem.

På Hässelgården vård- och omsorgsboende ska händelser gällande hälso- och sjukvård registreras i Norlandias elektroniska avvikelssystem (TQM) av den som upptäcker händelsen samt i journalsystem (VODOK) av tjänstgörande sjuksköterska. I TQM skickas alla händelser till verksamhetschef som utser sakansvariga för vidare åtgärder i händelsen och utredning av orsak bakom händelse. Vid händelser av akut och/eller allvarlig karaktär informeras även intern MAS. Intern MAS tar också del av avvikelser i VODOK för analys och förbättringsåtgärder.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6

I Norlandias ledningssystem finns anvisningar om hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Vid klagomål som rör allvarlig händelse skall alltid regionchef, VD och uppdragsgivare informeras omgående.

På Hässelgården är närstående och boende alltid välkomna att lämna in synpunkter till enhetschef eller till verksamhetschef. Information om hur synpunkter kan delges verksamheten lämnas till boende och närstående i samband med inflyttning. Synpunkter kan lämnas skriftligt genom brevlådor som finns i hisshallarna på varje våningsplan eller genom att maila till

enhetschef eller verksamhetschef. Synpunkter kan även lämnas muntligt genom möten eller genom telefonsamtal. Synpunkter från närstående och boende hanteras på olika nivåer beroende på om avvikelser/synpunkten rör hela verksamheten, enskild enhet eller enskild boende. Den som lämnat synpunkten får alltid en återkoppling. Inkomna klagomål och synpunkter utreds, analyseras och återkopplas av enhetschef eller verksamhetschef i samarbeten med kvalitetsgrupper och HSL personalen. På enheten diskuteras och analyseras klagomål, avvikelser och synpunkter på ledningsgruppsmöte, HSL-möten, teamledarmöten och arbetsplatsträff.

Återkoppling på synpunkter av generell karaktär ges under anhörgmöten, medan synpunkter på individnivå återkopplas till berörd person. MAS informeras om synpunkter som rör HSL-frågor.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Boende och närstående bjuds in till vårdplanering senast 14 dagar efter inflytt. Kontaktperson har ett nära samarbete med boende och närstående minst var 3:e månad vid uppdatering av genomförandeplan. Personal har regelbunden kontakt med närstående både gällande medicinska frågor samt socialt innehåll. Läkare kontakter närstående vid behov. För att skapa bra relationer mellan verksamhet, boende och närstående bjuds alla in årligen på gemensam jullunch, midsommarfirande påsk och adventsfika. Vi har en gång om året närståendemöte där aktuell information gällande Hässelgården informeras av verksamhetschef. Mötena kan behandla önskemål som inkommit.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

På Hässelgården utreds, analyseras och återkopplas inkomna klagomål och synpunkter av enhetschef eller verksamhetschef i samarbeten med HSL-gruppen. På enheten diskuteras och analyseras klagomål, avvikelser och synpunkter på ledningsgruppsmöte. HSL-möten, teamledarmöten och arbetsplatsträff.

På de avvikelser där patientsäkerheten varit i fokus har nya rutiner upprättats samt information till personalen om att dessa finns. Påminnelser till personalen om verksamhetens rutiner ges ständigt ut på APT. En del avvikelser handlar även om larm och där har företaget varit här och tittat över sin teknik. Verksamheten upprättat nya rutiner för att säkerställa en god arbetsmiljö.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Total 57 avvikelse under 2017 jämför med 2016 då var 111 avvikelse, 55 trygghet, 2 st genomföra inga avvikelse för arbetsmiljö fast vi hade omorganisation i verksamheten. I en del fall har det handlat om att personalen inte har haft tillräckliga kunskaper om gällande rutiner. I andra fall gäller det medicinavvikelser där personalen har glömt att signera eller i vissa fall glömt att ge medicin vid rätt tidpunkt. Vid avvikelse som gäller brister hos enskild personal har vi haft personliga samtal med berörd personal, samt att rutiner har uppdaterats, uppföljts och ändrats.

Verksamheten hade haft inga Lex Sarah eller Lex Maria under det gångna året.

Basal hygien

Under 2017 har samtliga vidare anställda genomfört den årliga webbutbildningen.

Begränsnings- och skyddsåtgärder

Antal begränsning åtgärdat under 2017 är 23. Verksamheten ska fortsätta att följa upp med hjälp av Norlandia månadsstatistik. Detta är en bra verktyg att ha koll på antalet och om det minskar eller höger under året.

Delegeringar

Samtliga delegeringar kollas och följs upp av sjuksköterskor med hjälp av års hjul.

Dokumentation

Egenkontroll av HSL-dokumentationen har inte kommit igång månadsvis med kollegial granskning utefter Norlandias egen granskningsmall som revideras under 2017 för att passa journalsystem Vodok. Men Hässelgården ska jobba med det under 2018.

En ökad förståelse över hur dokumentation enligt ICF, frastexter och bedömningsfaktorer har sket men vi ska jobba med det ännu mera.

Loggkontroller för 2017 visade att 100% av alla granskade användare i HSL-journalerna har haft ändamålsenlig behörighet.

Nyckeltalsregistreringen gällande aktuella genomförandeplaner och granskade SoL-journaler är inkomplett då alla ombud ej tagit på sig sitt ansvar i rollen.

Infektioner och antibiotika

Enligt nyckeltal har verksamheten haft 21st antibiotikabehandlade infektioner totalt under året med en jämn fördelning på 0-3st/månad.

Medicintekniska Produkter (MTP)

Nyckeltal gällande MTP är ej ifyllda under året men arbete har påbörjats under 2017. Besiktning är utförda, och hjälpmedel finns inventarieförteckning på dock skall övriga MTP inventarielistas och kalibreras.

Nattfasta

Enligt nyckeltal har nattfasteregistering skett två gånger under 2017. Boende med ofrivillig nattfasta över 11 timmar ordinerades åtgärder av sjuksköterska. Boende med betydligt längre nattfasta än 11 timmar var ej ofrivillig utan boende hade aktivt valt att inte bli störd nattetid.

Trycksår

Nyckeltalen för trycksår är enbart registrerade januari – augusti 2017 var det funnits 1 trycksår / månad. Under året finns 12 övriga sår registrerade. PPM mätning i Senior Alert gällande trycksår genomfördes under 2017 av teamledande sjuksköterska

Läkemedelshantering

Läkemedelshantering på Hässelgården sker enligt Norlandias övergripande riktlinje och boendets lokala rutin (som inte granskades denna gång.)

Vid kvalitetsgranskningen följdes föregående års åtgärdsplan upp och de lokala rutinerna gicks igenom på ett övergripande sätt.

Läkemedelsrum och skåp hos de boende inspekterades.

Patientbundna läkemedel förvaras på ett överskådligt sätt i läkemedelsrummet i patientbundna backar. God ordning råder. Temperaturen i läkemedelsrum och kylskåp avläses och dokumenteras regelbundet.

Akutläkemedelsförrådet förvaras i ett separat skåp. Sortimentet i akutläkemedelsförrådet bör ses över. De läkemedel som finns på listan bör beställas hem. Rekommenderar även att beställningspunkterna ses över.

Boendet är endast skyldiga att ha läkemedel för en månads behov hemma. Stora mängder innebär extra arbete med kassation och städning.

Stickprov på narkotikajournalföringen utfördes på både patientbunden och förrådsnarkotika, bägge utan anmärkning.

Hässelgården rapporterar avvikelser i Norlandias avvikelssystem men även i Vodok. De vanligaste läkemedelsrelaterade avvikelserna är uteblivna doser eller glömda signeringar. Avvikelser följs upp på APT.

Läkemedelshanteringen upplevs fungera bra. Några åtgärder kan göras för att stärka den ytterligare.

Kvalitetsregister

Resultatet för 2017 i palliativa registret visar nio boenden som registrerats i registret, dock så har sex stycken boende registrerats under 2017. Resultatet visar att verksamheten nådde målvärdet vad gäller lindrade mot illamående, ångest och rosslig andning. Men eftersamtal och läkarinformation till boende och närstående samt utförd validerad smärtskattning och munhälsa bedömning ska utvecklas under 2018.

36 boende är har aktuella registreringar i Senior Alert , fjorton nya under 2017. BPSD-registret är ej komplett då nyckeltalen inte är kompletta från samtliga avdelningars ombud.

Måluppfyllelse

Mål satta i verksamheten för 2017:

1. Utbildning under våren 2017

BPSD för HSL gruppen för att stötta administratörer. Personal har deltagit i utbildningar inom demensvård, webbaserad utbildning Demens ABC, webbaserad utbildning i basala hygienrutiner, värdegrund och Norlandiasättet. För att förbättra hanteringen av avvikelser och rutinkänedom ska verksamheten använda sig av TQM. Fokus kommer att ligga på teamledarna som ska vara stöd åt resten av personalen.

Vi ska också utveckla och utbilda personalen i kontaktmannaskap , värdegrund, demenssjukdom, Norlandiasättet och TQM.

2. Verksamheten behöver fördjupa sig i värdegrundsarbetet. Detta ska göras genom att ha månadens tema. Handledningen från enhetschefen ska också grundas på värdegrund och månadens tema.

3. Handledning

Regelbunden handledning av personalen av enhetschefen och legitimerad personal som ett led i den interna utbildningen och värdegrundsarbetet.

Utveckla genomförandeplaner med mål och uppföljning av dessa utifrån en salutogens tankesätt.

Registrering i Palliativregistret och Senior Alert och BPSD registrering.

Resultat:

1. Målet är uppnått , Personal har deltagit i utbildningar inom demensvård, webbaserad utbildning Demens ABC, webbaserad utbildning i basala hygienrutiner, värdegrund och Norlandiasättet. Men personalen behöver stöd för att använda sig av TQM och stöd i sin roll som kontaktmannen. Arbetet fortskrider även kontinuerligt framöver.

-
2. Mål ej uppnått. Ska satsa på nästa år. Detta p.g.a omorganisation.
 3. Målet är delvis uppnått, mer struktur att registrerar på olika kvalitetregistering särskild BPSD.

Övergripande mål och strategier för kommande år

1. Fortsätta implementera arbetet med nyckeltal och säkerställa att ombud förstår syfte bakom och därav tar sitt ansvar och registrerar sin del.
2. Uppnå målvärde inom olika registreringar som Palliativregistret och Senior Alert och BPSD registrering.
3. Utveckla dokumentation med hjälp av regelbundna egenkontroller
4. Utveckla genomförandeplaner med mål och uppföljning av dessa utifrån en salutogens tankesätt.